

PEDIATRIC, ADOLESCENT SURGICAL ASSOCIATES, P.C.
5455 MERIDIAN MARK ROAD, SUITE 570 * ATLANTA, GA 30342 * 404.252.3353 * FAX 404.601.7286

**AUTORIZACION PARA PROPORCIONAR Y REVELAR EXPEDIENTE MEDICO O INFORMACION MEDICA
PROTEGIDA A TERCERAS PERSONAS**

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección del Paciente: _____

Número del Seguro Social: _____

Paciente #: _____

Firmando este documento ud autoriza a Pediatric Adolescent Surgical Associates, P.C. A revelar o proporcionar información médica acerca de su hijo(a) (o de la persona a la cual Ud. representa), por el tiempo y propósito estipulado en el siguiente párrafo. Si lo desea puede negarse a firmar este documento. Sujeto a ciertas excepciones, Ud tiene derecho a inspeccionar y copiar la información médica protegida bajo ley federal.

Solicito que la siguiente información sea proporcionada o revelada. **Por favor coloque sus iniciales en la opción deseada.**

_____ Fecha en que se prestó el servicio: _____

O

_____ Autorización para proporcionar toda su información médica.

Si NO quiere que cierta información sea proporcionada o revelada por favor especifique fecha del servicio, exámenes, etc.

Identifique el nombre de el Doctor o la persona a la cual se le debe enviar esta información

Nombre _____

Dirección _____

Fecha de vencimiento o vencimiento del evento.

A menos de que se indique lo contrario este es válido por (1) año. _____

Esta información acerca de Ud o su hijo esta protegida bajo ley federal y ud tiene derecho a revocar este documento. Para que este se a efecto Ud debe pasar una autorizacion por escrito. Es importante que sepa que encaso de que presente una revocación, esta será válida siempre y cuando la información no se halla proporcionado. Firmando este documento Ud reconoce que en caso de que se revele información PROTEGIDA BAJO LEY FEDERAL nosotros no condicionamos tratamiento basado en su autorización. Ud puede reusar a firmar la autorización.

Firma de el padre O Guardian Legal

Fecha

O

Si el paciente tiene 18 años o mas o emancipado

Tengo Autoridad de actuar en nombre de esta persona porque soy:

Relacion de el paciente